

Prise en charge de la douleur neuropathique après chirurgie orthopédique en hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé en appareil locomoteur

L. Mailhan*, P. Jacob, J. Vieules, F. Bonete

Soins de suite appareil locomoteur, hôpital des gardiens de la Paix, 35, boulevard Saint-Marcel, 75013 Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Douleur neuropathique ; Chirurgie orthopédique

Objectifs.— Évaluer l'efficacité du protocole de prise en charge de la douleur neuropathique (DN) après chirurgie orthopédique validé par le CLUD.

Patients et méthodes.— Tous les patients hospitalisés de façon consécutive sur un mois en service de SSR locomoteur après chirurgie orthopédique ont été évalués à l'entrée, à J7, J14, J21 et à la sortie. Ont été évalués : l'existence d'une douleur neuropathique par l'échelle DN4 [1], l'intensité de cette douleur par échelle visuelle analogique (EVA) et le mode de déclenchement de la douleur.

Résultats.— Trente et un patients ont été hospitalisés après chirurgie orthopédique entre le 10/01 et le 10/02/2011. Neuf avaient une douleur neuropathique (DN4 ≥ 4). L'EVA pour ces DN était en moyenne de 5,62 à l'entrée (sd 3,06). Le mode de déclenchement était spontané chez 4 patients, à l'effleurement chez 5 patients. Après adaptation du traitement selon le protocole, à J7, l'EVA moyenne était de 3,14 (sd 1,86). Le mode de déclenchement était inchangé, 1 patient n'avait plus de DN. À J14, l'EVA moyenne était de 1,5 (sd 1,09); le mode de déclenchement des DN était inchangé.

Discussion.— Le protocole validé par le CLUD est efficace sur les DN. Le traitement agit sur l'intensité des douleurs et l'étendue de la zone douloureuse, mais pas sur le mode de déclenchement.

Référence

[1] Bouhassira D, Attal N et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005, 114:29–36.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.812

CO09-004–FR

Douleur et croyances après un traumatisme de l'appareil locomoteur : des relations complexes au cours de la réadaptation jusqu'à un an

C. Favre*, M.-P. Ballabeni, O. Dériaz, F. Luthi

Service de psychosomatique, clinique romande de réadaptation SuvaCare, avenue Grand-Champsec 90, case postale 352, 1951 Sion, Suisse

*Auteur correspondant.

Mots clés : Douleur ; Croyances ; Réadaptation

Introduction.— Douleur et croyances influencent l'évolution du patient en réadaptation et leurs liens sont complexes. Cette étude cherche à éclairer les relations entre la douleur à l'entrée et l'évolution des croyances pendant le séjour en réadaptation ainsi que les relations entre douleur et croyances un an après la réadaptation.

Patients et méthodes.— Six cent trente et un patients hospitalisés consécutivement en réadaptation après un traumatisme de l'appareil locomoteur ont été inclus et ont rempli une évaluation à l'entrée, à la sortie et à un an. La douleur était mesurée par une échelle visuelle analogique (EVA), les croyances par des jugements sur des échelles de Lickert. Quatre types de croyances étaient évalués : peur d'une origine grave à la douleur, peur du mouvement, peur de la douleur et sentiment d'être désemparé par la douleur. L'association de la douleur et des croyances était mesurée par des régressions logistiques multiples ajustées pour le sexe, l'âge, la langue maternelle et le niveau d'éducation et la complexité bio-psycho-sociale.

Résultats.— En fin de séjour, 44 % des patients se sentent moins désemparés par la douleur, 34 % sont rassurés par rapport à leur crainte d'une origine grave, 38 % ont moins de peur de la douleur et 33 % moins de peur du mouvement. Plus la douleur à l'entrée est forte, plus la probabilité d'être désemparé, cela jusqu'à un certain seuil de douleur (70 mm/100) au-delà duquel il y a un plateau. À un an, plus la douleur est élevée, plus les croyances sont dysfonctionnelles.

Discussion.— Les relations entre douleur et croyances sont complexes et peuvent changer en cours de réadaptation. Pendant la réadaptation, on peut espérer ras-

si la douleur ne dépasse pas un certain seuil. À un an, par contre, si les douleurs sont fortes, le risque d'avoir des croyances dysfonctionnelles est grand. Du point de vue thérapeutique, ces données suggèrent de réfléchir en termes de porte d'entrée la plus accessible, agir sur les douleurs et/ou sur les croyances, selon le patient.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.813

CO09-005–FR

Quelles relations entre évolution de la douleur, des croyances et de la complexité bio-psycho-sociale après un traumatisme de l'appareil locomoteur ?

C. Favre*, M.-P. Ballabeni, O. Dériaz, F. Luthi

Service de psychosomatique, clinique romande de réadaptation SuvaCare, avenue Grand-Champsec 90, case postale 352, Sion, Suisse

*Auteur correspondant.

Mots clés : Douleur ; Croyances ; Réadaptation ; Complexité bio-psycho-sociale

Introduction.— Douleur et croyances influencent l'évolution du patient, la douleur suscite des craintes et les craintes influencent la perception de la douleur. Cette étude cherche à éclairer les relations entre l'évolution de la douleur et celle des croyances pendant le séjour en réadaptation en tenant compte de la complexité bio-psycho-sociale.

Patients et méthodes.— Six cent trente et un patients hospitalisés consécutivement en réadaptation après un traumatisme de l'appareil locomoteur ont été inclus et ont rempli une évaluation à l'entrée et à la sortie. La douleur était mesurée par une échelle visuelle analogique (EVA), la complexité bio-psycho-sociale par l'échelle Intermed, les croyances par des jugements sur des échelles de Lickert. Quatre types de croyances étaient évalués : peur d'une origine grave à la douleur, peur du mouvement, peur de la douleur et sentiment d'être désemparé par la douleur. L'association de l'évolution pendant l'hospitalisation de la douleur et des croyances était estimée par des régressions logistiques multiples.

Résultats.— Après ajustement pour le sexe, l'âge, la langue maternelle et le niveau d'éducation, les patients dont la douleur diminue au cours du séjour, ont plus de probabilité de voir leurs craintes baisser. Pour le sentiment d'être désemparé, cette relation est plus faible parmi les patients bio-psycho-socialement complexes (*odds-ratio*, OR, 1,22 pour toute diminution de 10 mm/100 EVA) que parmi les non-complexes (OR 1,47). Les patients dont la douleur diminue de 30 % et plus pendant le séjour, ont plus de probabilité de voir leurs craintes diminuer, cette relation étant plus forte chez les patients de complexité élevée pour la peur d'une origine grave.

Discussion.— Les relations entre l'évolution des douleurs et des croyances vont dans le même sens. Plus le patient souffre de douleurs fortes, moins il a de chance de modifier ses croyances dysfonctionnelles. Si l'on parvient à faire diminuer les douleurs de 30 % et plus, la probabilité de remettre en cause les croyances est augmentée. Le pronostic par rapport au sentiment de détresse et la peur d'une origine grave à la douleur est moins bon chez les patients complexes d'un point de vue bio-psycho-social.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.814

CO09-006–FR

Douleur paravertébrale et radiculaire : médicaments et/ou technique physique d'analgésie

Y. Koleva^{a,*}, M.-R. Yoshinov^b

^a Département de médecine physique, rééducation, ergothérapie et sports, université de médecine de Pleven, Sv Kliment Ohridsky 1, 5800 Pleven, Bulgarie

^b Académie de sciences de la Bulgarie, Sofia, Bulgarie

*Auteur correspondant.

Pas de résumé.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.815